

Dolor pélvico crónico en mujeres de edad mediana. Afrontamiento y respuesta al tratamiento con agentes físicos

Chronic pelvic pain in middle aged women. Confrontation and answer to the treatment with physical agents

MSc. Lic. Adianez Ros Montenegro¹, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres¹, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams¹, MSc. Dra. Alina Alerm González¹¹

¹ Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba.

¹¹ Departamento de Fisiología. ICBP "Victoria de Girón. Playa. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el dolor pélvico crónico es el dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis, sin distinción de género, asociado a consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, conductual, sexual y emocional. Anatómicamente producido en cualquier lugar entre el diafragma y las rodillas, desde el punto de vista clínico se considera con una duración superior a 6 meses, no resuelto por tratamientos previos, sin relación con daño tisular, impotencia funcional, signos vegetativos de depresión, dinámica familiar alterada.

Objetivo: describir características del dolor pélvico crónico, modos de afrontamiento, vulnerabilidad psicosocial y la modificación del dolor después de realizar tratamientos con agentes físicos.

Método: investigación exploratorio-descriptiva, observacional y longitudinal, desde enero de 2014 hasta diciembre de 2015. Se incluyeron 22 pacientes. Se evaluaron las características del dolor, antes, un mes y dos meses después del tratamiento mediante la versión corta del cuestionario McGill. Al inicio del estudio se empleó test de vulnerabilidad psicosocial y de modos de afrontamiento. El tratamiento consistió en electroterapia con corrientes TENS y magnetoterapia. Se calcularon estadísticas descriptivas y frecuencias, medianas para variables cuantitativas. Para comparaciones antes y después del tratamiento se utilizó test de Wilcoxon de dos colas y significación de 0,05.

Resultados: El dolor se modificó en tiempo, intensidad y calidad ($p=0,0001$). Predominaron modos de afrontamiento predictores de los positivos y los negativos predominaron entre las vulnerables.

Conclusiones: El dolor pélvico crónico se modificó favorablemente con los métodos terapéuticos empleados.

Palabras clave: dolor pélvico crónico, mujeres en edad mediana, rehabilitación.

SUMMARY

Introduction: the chronic pelvic pain is perceived in structures related with the pelvis, without gender distinction, associated to negative consequences in the environment cognitive, conductible, sexual and emotional. Anatomically, its takes place in any place between the diaphragm and the knees, and clinically: superior duration to 6 months, not solved by previous treatments, without relationship with tissue damage, functional impotence, vegetative signs of depression, altered family dynamics.

Objective: to describe characteristic of the chronic pelvic pain, confrontation ways, and psychosocial vulnerability in patient of medium age and the modification of the pain post treatment with physical agents.

Methods: exploratory-descriptive, observational and longitudinal investigation, from January 2014 to December 2015. 22 patients were included. The characteristics of the pain before, one month and two months after the treatment were evaluated with the short version of the McGill questionnaire. Test of psychosocial vulnerability and confrontation Ways was used at the beginning of the study. The treatment consisted on TENS electrotherapy and magnetotherapy. They were calculated statistical descriptive and frequencies. They were considered medium for quantitative variables. For the comparisons before and after the treatment it was used test of Wilcoxon of two lines and significance of 0,05.

Results: The pain was modified significantly in time, intensity and quality ($p=0,0001$) indicating the benefits of the treatment with physical agents. Ways of confrontation predictors of the positive ones prevailed and the negatives prevailed among the vulnerable ones.

Conclusions: the chronic pelvic pain modified favorably with the methods therapeutic employees.

Keywords: chronic pelvic pain, women in medium age, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Se define el dolor como "una sensación no placentera y experiencia emocional asociada con actual o potencial daño, o descrito en términos de dicho daño. El dolor es siempre subjetivo".¹

Un tipo de dolor que experimentan las mujeres es el denominado dolor pélvico crónico, que en el caso de las mujeres en edad mediana sufre una modulación por las actitudes y creencias de las mismas en torno a la posible asociación entre su dolor y los cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren como consecuencia de la pérdida de la función ovárica,² y se define como un dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis, sin distinción de género, crónico, continuo o recurrente, al menos durante seis meses. Con frecuencia se asocia a consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, conductual, sexual y emocional.³

Desde el punto de vista anatómico, se presenta en cualquier lugar comprendido entre el diafragma y las rodillas, y desde el punto de vista clínico, a un cuadro que reúne los elementos siguientes: dolor en dicha región, con duración superior a 6 meses, no resuelto por tratamientos previos, sin relación con el daño tisular, impotencia funcional, signos vegetativos de depresión, dinámica familiar alterada. En la actualidad se limita al dolor de duración superior a 6 meses, que incluye dolores cíclicos, recurrentes, vulvodinia, dismenorrea y dispareunia.⁴⁻⁸

Los pacientes que lo padecen acuden a múltiples consultas médicas y son sometidos a muchas investigaciones e intentos terapéuticos (algunos agresivos), sin hallar solución a su problema y lo que es peor, evolucionan hacia un progresivo agravamiento del mismo; no tiene entidad propia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que es la indicación individual más frecuente de remisión de mujeres a la atención secundaria, que alcanza cifras de hasta un 20 % de todos los casos vistos en los servicios de atención a la salud de mujeres.^{9,10}

Las prevalencias varían: se reportan entre 4 y 43 % en 18 estudios que incluyen a 299 740 mujeres de diferentes países; 15 % en mujeres entre 18 y 50 años en EE.UU y 24 % en mujeres con edades entre 12 y 70 años en el Reino Unido. En países subdesarrollados del Sudeste Asiático variaron desde 5,2 % en la India, 8,8 % en Pakistán, hasta 43,2 % en Tailandia.¹⁰

En un estudio poblacional realizado en EE.UU el 61 % de las mujeres con síntomas de dolor pélvico no tenían un diagnóstico definitivo; el 11 % veían disminuida su actividad cotidiana; el 16 % usaba medicamentos por esta causa y el 4 % faltaba a su trabajo por esta razón al menos un día al mes.⁹ Este problema constituye el motivo del 10 % de las consultas de ginecología¹¹, el 40 % de las laparoscopias¹² y el 12 % de las histerectomías realizadas cada año en EE.UU.⁵

La visión acerca de las formas de evaluar y tratar el dolor crónico surgieron en la década del 70 del siglo pasado con nuevos abordajes que contemplan no solo los aspectos físicos del dolor sino también los psicológicos y los sociales de las personas que lo padecen en el marco de las teorías de la compuerta del dolor y de la neuromatriz enunciadas por Melzack y colaboradores.^{13,14}

El afrontamiento se define como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial.¹⁵

El tratamiento del dolor pélvico crónico tiene múltiples alternativas, conservadoras y/o quirúrgicas.^{1,16,17}

En la terapia física se plantea el beneficio del ejercicio físico, técnicas para tratar puntos gatillos con medicamentos anestésicos como la lidocaína unida a tratamientos manuales y otras técnicas como: relajación miosfacial, acupuntura, movilizaciones articulares y reeducación de postura, que pueden ayudar a reducir el dolor. El uso del biofeedback ayuda en pacientes que tienen dolor relacionado con disinergia y en su educación. Las técnicas adecuadas de respiración controlan la contracción del piso pélvico durante la exhalación para utilizar el diafragma respiratorio como sinergista. La hipotonía de los músculos puede ser tratada con estimulación eléctrica superficial o intracavitaria. El terapeuta físico debe enseñar a entrenar el piso pélvico ante esfuerzos como toser y estornudar. Modalidades que incluyen calor, frío, pueden facilitar el manejo del dolor y la relajación muscular.^{1, 18-23}

Existen pocas evidencias de los beneficios del empleo de agentes físicos que tienen como características generales ser analgésicos, antiinflamatorios, reparadores de tejido, descontracturantes, estimuladores de la circulación, mejoradores de fibras nerviosas periféricas y de la respuesta nerviosa como es el campo magnético y muy poca sobre el uso de las corrientes analgésicas de baja frecuencia como la TENS, que a juicio de los autores del presente trabajo, pueden contribuir a la mejoría del dolor crónico porque se asume que el dolor podría ser secundario a una debilidad de la musculatura del suelo pélvico.

MÉTODOS

Investigación exploratorio-descriptiva, observacional y longitudinal, en el Servicio de Suelo Pélvico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) en el período de enero de 2014 a diciembre de 2015. Se incluyeron todas las pacientes con dolor pélvico crónico que cumplieron los criterios de inclusión. No se poseen antecedentes que permitan realizar el cálculo del tamaño muestral.

Del total de los pacientes atendidos (163), 61 (37,4 %) presentaron dolor pélvico crónico; de ellos, 58 (95 %) son mujeres; y de estas, 41 (67,2 %) están en el grupo que cumplieron los criterios de inclusión. Se pudo evaluar a 22 mujeres (grupo investigado), con edad media de 47 años (DE 5,29), con predominio de edades entre 40 y 49 años (16), 73 %, mientras que otras 6 (27 %), se encontraban entre 50 y 59 años.

Las evaluaciones del dolor en cuanto a intensidad y dimensiones sensorial y afectiva se hicieron al inicio del tratamiento, un mes después y cuando se logró la curación del dolor que determinó el alta del paciente. Las evaluaciones de los modos de afrontamiento y su vulnerabilidad psicosocial se realizaron al inicio del tratamiento.

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninas en edades comprendidas entre 40 y 59 años afectadas por dolor pélvico crónico.

Criterios de exclusión:

- Incapacidad mental para responder a los test aplicados.

- No aceptación voluntaria de participación en la investigación.

- Enfermedades que contraindiquen el uso de agentes físicos: hemorragias uterinas, neoplasias en región pélvica, procesos inflamatorios- infecciosos pélvicos agudos.

Procedimientos utilizados en el tratamiento con agentes físicos:

1. Magnetoterapia: 50Hz al 50 % durante 15 min aplicados con inductores transregionales en región pélvica, con frecuencia de 5 sesiones semanales de lunes a viernes, por ciclos de 10 sesiones.

2. Corriente TENS analgésica: entre 3 y 75 Hz de frecuencia, con intensidad (mA) tolerada por el paciente, en región perineal, y con electrodo indiferente abdominal, con electrodos superficiales de 1 cm² de diámetro y/o intracavitarios vaginales.

3. Corriente TENS estimuladora: entre 5 y 50 Hz de frecuencia, con intensidad (mA) tolerada por el paciente en región perineal, y con electrodo indiferente abdominal, electrodos superficiales de 1cm² de diámetro y/o intracavitarios vaginales.

4. Ejercicios de Kegel, enseñados en la consulta inicial y supervisados por el terapeuta hasta su aprendizaje por la paciente, que después realiza en el domicilio 3 veces por día, 10 repeticiones de las contracciones rápidas y lentas.

Método de evaluación del dolor

La evaluación se realizó a través de la aplicación de los instrumentos de medición del dolor: test Short Form McGill²⁴, modos de afrontamiento de Folkman y Lazaruz²⁵ y vulnerabilidad psicosocial.²⁶

Métodos de procesamiento y análisis de la información

Se utilizaron técnicas cuantitativas (de análisis estadístico). Los datos se introdujeron en una base de datos en formato Excel, procesados en el sistema estadístico SPSS versión 13.0.

Se muestran estadísticas descriptivas sobre edad. Se estimaron las medianas para las dimensiones sensorial y afectiva, la intensidad medida en centímetros mediante la escala analógica visual (EAV), la intensidad del dolor actual y evolutivo a lo largo del tratamiento. Como medida de comparación se utilizó el test de signos y rangos de Wilcoxon. Las pruebas se realizaron a un nivel de significación de 0,05.

Se cuantificaron los puntajes acumulados en cada una de las dimensiones del cuestionario de escalas de modos de afrontamiento y se colocaron en orden decreciente para cada una de las mujeres incluidas en la investigación. Se estimaron los porcentajes de pacientes que tuvieron mayores puntajes, segundos y terceros acumulados en cada una de las dimensiones con el propósito de valorar de modo integral las tendencias generales y no solo el estilo de afrontamiento predominante.

RESULTADOS

En las tablas se reflejaron los comportamientos en intensidad y calidad del dolor al inicio y en dos etapas del tratamiento.

La tabla 1 muestra que los valores de las medianas para ambas dimensiones del dolor disminuyeron de manera relevante. Al comparar las medianas en la dimensión "sensitivo" al inicio y al mes de tratamiento, se encontró una diferencia significativa para una $p=0,0001$. Al comparar el segundo mes con el primero, no hubo

significación estadística ($p=0,102$) lo que pudiera indicar que solo quedaron las más resistentes al tratamiento.

Tabla 1. Distribución de los valores de las medianas para la dimensión "sensitivo" y "afectivo" en el test de McGill al inicio y en dos etapas del tratamiento.

Etapa tratamiento	Inicial	1 mes	2 meses
Valor de la mediana para dimensión Sensitivo	15,50	4,00	3,00
Valor de la mediana para dimensión Afectivo	3,50	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario.

Para la dimensión "afectivo" también se encontró una diferencia significativa para una $p=0,0001$ entre el primer mes de tratamiento y la evaluación inicial, relacionado con alivio del dolor que ejercieron las terapias físicas o tratamientos, modificó el efecto psíquico del dolor en las pacientes.

La tabla 2 muestra que hubo cambios en la cualidad, pasando de evaluación "molesta" y "desesperante" a leve o ninguno, principalmente como consecuencia del tratamiento aplicado.

Tabla 2. Distribución de la percepción cualitativa del dolor según etapas del tratamiento.

Intensidad del dolor (Cualitativo)	Inicial		1 mes tratamiento		2 meses tratamiento	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	0	0	4	18,2	2	18,2
Leve	0	0	16	72,7	7	63,6
Molesto	13	59,09	0	0	1	9,1
Desesperante	7	31,81	1	4,54	0	0
Insoportable	1	4,54	1	4,54	1	9,1
Horrible	1	4,54	0	0	0	0
Total	22	100	22	100	11	100

Fuente: Cuestionario.

La escala analógica visual (EAV) se comportó:

- Antes del tratamiento (EAV-I): 7,39. Es el 73,0 % del máximo posible (desviación estándar DS 1, 533).

- Después del tratamiento (EAV-II): 2,33. Es el 23,3 % del máximo posible DS 2,1 623.

Esto indicó que la intensidad valorada mediante la EAV se redujo en un 49,7 %, en la esfera sensitiva se demostró:

- Antes del tratamiento las mujeres acumularon un puntaje promedio de 14,77 % con un máximo de 24 y un mínimo de 5. Este promedio constituyó el 61,54 % del máximo a alcanzar.

- Después del tratamiento las mujeres acumularon un promedio de 5,5 con un máximo de 19 y un mínimo de 0. Este promedio es el 22,91 % del máximo posible a alcanzar.

Esto indicó que la intensidad del dolor se redujo en un 37,22 % después del primer mes del tratamiento.

En la escala afectiva del McGill se demostró:

- Antes del tratamiento: las mujeres acumularon un puntaje promedio de 4,13 con un máximo de 9 y un mínimo de 0. Este promedio constituyó el 19,66 % del máximo a alcanzar.

- Después del tratamiento: las mujeres acumularon un promedio de 1,0 con un máximo de 5 y un mínimo de 0. Este promedio constituyó el 4,76 % del máximo a alcanzar.

Esto indica que la intensidad del dolor se redujo en un 24,21 % después del primer mes del tratamiento.

Predominaron las mujeres no vulnerables, aunque el porcentaje de vulnerabilidad es relativamente bajo, no es despreciable; hay que tener en consideración el riesgo de vulnerabilidad psicosocial cuando se deciden intervenciones psicológicas en las pacientes, pues las vulnerables requerirán terapias de apoyo diferentes a las que no tenían ese rasgo. (Tabla 3).

Tabla 3. Vulnerabilidad psicosocial

Vulnerabilidad psicosocial	Nº	%
Vulnerables	5	22,7
No vulnerables	17	77,3
Total	22	100

Fuente: Cuestionario.

La tabla 4 evidencia que fueron más frecuentes la planificación y autocontrol. El distanciamiento en el 22,7 % podría ser un indicador de que además de las terapias con medios físicos, las terapias psicológicas constituyen una buena opción.

Tabla 4. Distribución de los modos de afrontamiento al inicio del tratamiento

Estilos de Afrontamiento	Nº	
Confrontación	0	0
Distanciamiento	5	22,7
Autocontrol	8	36,4
Búsqueda de apoyo social	0	0
Aceptación responsabilidad	0	0
Huida-evitación	0	0
Planificación	9	40,9
Re-evaluación positiva	0	0
Total	22	100

Fuente: Cuestionario.

La tabla 5 muestra que el distanciamiento predominó entre las vulnerables en la etapa dolorosa, explicable porque no contaban con herramientas para enfrentar los problemas y por ello su conducta frente al dolor adquirió modalidades pasivas. Sin embargo, la planificación, fue más frecuente entre las no vulnerables, lo que hizo que la respuesta de este último grupo fuera mejor.

Tabla 5. Distribución de modos de afrontamiento según vulnerabilidad al inicio del tratamiento

Estilos de afrontamiento	Vulnerable		No vulnerable	
	Nº	%	Nº	%
Confrontación	0	0	0	0
Distanciamiento	4	80,0	1	5,88
Autocontrol	0	0	8	47,05
Búsqueda de apoyo social	0	0	0	0
Aceptación responsabilidad	0	0	0	0
Huida-evitación	0	0	0	0
Planificación	1	20,0	8	47,05
Re-evaluación positiva	0	0	0	0
Total	5	100	17	100

Fuente: Cuestionario.

La tabla 6 muestra que el mayor porcentaje de mujeres acumuló los puntajes superiores en la dimensión "planificación", seguido del "autocontrol" y el distanciamiento. Para los segundos puntajes predominó la planificación y el autocontrol, como tercer acumulado el apoyo social y la reevaluación positiva. Prevalcieron en general las dimensiones activas y de afrontamiento tendiente a la resolución del problema. Esto pudiera explicar el por qué la mayoría de las mujeres modificaron el dolor.

Tabla 6. Modos afrontamiento de las pacientes según puntajes de respuestas para las tres dimensiones predominantes.

Estilos de Afrontamiento	Mayor puntaje		Segundo puntaje		Tercer puntaje	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Confrontación	0	0	0	0	3	13,63
Distanciamiento	5	22,7	1	4,54	0	0
Autocontrol	8	36,4	8	36,36	2	9,09
Búsqueda de apoyo social	0	0	3	13,63	7	31,81
Aceptación responsabilidad	0	0	0	0	0	0
Huida-evitación	0	0	2	9,09	2	9,09
Planificación	9	40,9	7	31,81	1	4,54
Re-evaluación positiva	0	0	1	4,54	7	31,81
Total	22	100	22	100	22	100

Fuente: Cuestionario.

DISCUSIÓN

La realización de la presente investigación resulta importante porque en Cuba las mujeres entre 40 y 59 años representan el 24,4 % de la población femenina.²⁷ Este resultado no coincide con otros reportes acerca del dolor pélvico crónico y su mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva.²⁸

En los EE.UU. y Alemania, la prevalencia del dolor pélvico crónico en las mujeres en la población general es de alrededor del 12 al 15 %, similar al de migraña, asma o dolor lumbar.³ En una investigación realizada en Dinamarca, sobre dolor pélvico crónico, el 13,6 % correspondió a mujeres en edad fértil.²⁹

En México se reportan prevalencias de un 10,3 % de mujeres en edad reproductiva, mientras que en las mayores de 40 años solo alcanza un 4,4 %.³⁰

Estas cifras, aunque no tan elevadas, indican que las mujeres peri y postmenopáusicas no están libres de padecerlo, por lo que también los especialistas en climaterio lo consideran como un problema importante de salud a pesar de que los estudios epidemiológicos apunten a las mujeres en edades no asociadas con el climaterio y la menopausia.³¹

El dato que ofrece la presente investigación no puede ser comparado con los reportes de otras latitudes y estudios, tampoco parece ser representativo de lo que ocurre de manera global en la población.

La mayor frecuencia coincide con otras investigaciones para diferentes tipos de dolor crónico, algunos de los cuales llegan a duplicar las cifras con respecto a los hombres.³² En México se reporta que, de 70 pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, las mujeres constituyeron el 71,4 % mientras que solo el 28,6 % fueron hombres.³³

El sexo es una variable que puede modular ciertas conductas frente a la enfermedad y se asocia con condicionamientos de género, así como que las hormonas femeninas pueden modificar los procesos nociceptivos y determinar que sientan más dolor y con mayor intensidad.^{34,35}

En la búsqueda de referencias sobre otros estudios con características similares no se encuentra investigaciones de igual condición porque solo se evalúa la intensidad del dolor y el componente sensorial y afectivo con empleo el cuestionario McGill^{8,24} pero no incluyen las estrategias de afrontamiento ni la vulnerabilidad psicosocial como se reporta en una investigación que incluye 351 pacientes de ambos sexos, el 20,7 % consultado por dolor pélvico crónico, con edad promedio de 47,3 años, que coincide con los resultados de nuestra investigación.

En este periodo la mujer se encuentra en plenitud de facultades físicas, mentales y sociales, con la experiencia necesaria para su desempeño laboral y el sufrimiento que genera el dolor pélvico afecta seriamente su calidad de vida y las actividades de la vida diaria.^{37,38}

Existen investigaciones evidencian que la autoestima y la calidad de vida de la mujer que sufre dolor pélvico crónico u otras disfunciones del suelo pélvico se afectan de manera alarmante.^{39, 40}

Una investigación realizada por el National Health Institute y el Massachusetts Women's Health Study, incluye 2 565 mujeres con edades entre 45 y 55 años las cuales mostraron cambios en su estado de ánimo como son: el incremento de la irritabilidad y los trastornos cognitivos (ansiedad y depresión) que podrían estar relacionados con el envejecimiento, la salud mental y factores psicosociales previos a la menopausia y no directamente con los cambios hormonales.⁴¹

Con relación a la vulnerabilidad, podrían caracterizarse a las personas con vulnerabilidad psicosocial como que poseen una menor sensibilidad por detectar las consecuencias negativas de una conducta y reacciones rápidas, y no planificadas a los estímulos, antes de procesar la información por completo. Estos puntos determinan una predisposición, como parte de un patrón de comportamiento, más que como un acto único, donde predomina una acción rápida no planificada, que sucede antes de poder ponderar deliberadamente las consecuencias de una conducta.⁴²

En relación a los modos de afrontamiento, una investigación mostró que la valoración de control se asoció positivamente con el funcionamiento psicológico adaptativo, del mismo modo que la autoeficacia y ello, a su vez, con una percepción más optimista del efecto del tratamiento para su alivio y eliminación. Estrategias de afrontamiento pasivas, como centrarse en la religión, se relacionaron con un peor ajuste al dolor crónico y de desadaptación, así como con depresión y peor evolución ante los tratamientos.⁴³

Los resultados de esta investigación coinciden con otro estudio realizado en personas con estrés económico donde quedó evidenciado que estrategias centradas en la confrontación, autocontrol/planificación, se muestran más eficaces que estrategias basadas en la huida-evitación de la situación problemática, donde la planificación resulta la manera más eficaz con respecto a las consecuencias a largo plazo del afrontamiento.⁴⁴

Investigaciones realizadas sobre las variables psicológicas del dolor, muestran que la extroversión y el optimismo parecen tener una función protectora, pues se

asocian al afrontamiento activo, a un mejor nivel de funcionamiento y un estado de ánimo positivo.⁴⁵

Las limitaciones de este estudio están dadas por el sesgo que introduce el pequeño tamaño de la muestra. Por otra parte, en la literatura no abundan los estudios sobre variables psicológicas en dolor pélvico crónico ni acerca del tratamiento con las combinaciones de abordaje con que se realiza en el Servicio de Suelo Pélvico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ.

CONCLUSIONES

El dolor pélvico crónico se modificó de manera favorable con los métodos terapéuticos empleados.

Todas las dimensiones del dolor evaluadas mediante el test de McGill disminuyeron en intensidad y cualidad, con mayor impacto en la esfera sensitiva que la afectiva.

Predominaron las pacientes no vulnerables, así como los modos de afrontamiento, planificación y autocontrol.

Al relacionar los test de vulnerabilidad y modos de afrontamiento, predominó el distanciamiento entre las mujeres vulnerables en la etapa más dolorosa.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nair AR, Klapper A, Kushnerik V, Margulis I, Del Priore G. Spinal cord stimulator for the treatment of a woman with vulvovaginal burning and deep pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2 Pt 2):545-7.
2. González AM. Dolor crónico y psicología: actualización. *Rev Med Clin Condes.* 2014;25(4):610-7.
3. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ. Dolor pélvico crónico. *Eur Urol.* 2010 Mar;57(1):35-48.
4. Bachmann GA, Rosen R, Arnold LD, Burd I, Rhoads GG, Leiblum SR, Avis N. Chronic vulvar and other gynecologic pain: prevalence and characteristics in a self-reported survey. *J Reprod Med.* 2006;51(1):3-9.

5. Espuña M, Salinas J. Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria. Cap. 25. Medicina. STM; 2004, p. 333-45.
6. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; 8(4):74.
7. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(3):272.
8. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire Pain. *J Pain.* 1987;30:191-7.
9. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF. Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996;87:321-7.
10. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: neglected reproductive health morbidity online. *J WHO.* 2006. DOI: 10,1186/1471-2458-6-177.
11. Reter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol.* 1990;33:130-6.
12. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Survey.* 1993;48:357-87.
13. Melzack R, Wall P. Pain mechanism: A new theory. *Science.* 1965;50:971-9.
14. Melzack R. Phantom limbs, the self and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neuroscience.* 1990;13:88-92.
15. Grau J, Hernández E. Calidad de vida y psicología de la salud. Editores: Grau J. Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones. Parte I. Cap. 5. Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. p. 201-32.
16. Bordman R, Jackson B. Below the belt. Approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician.* 2006; 10;52(12):1556-62.
17. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (4):387.
18. Monaco T, Dugans PT. Recognizing and treating pelvic. Pain and pelvic floor dysfunction. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2007;18:477-96.
19. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, Malt UF. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):637-44.
20. Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2008;62(2):263-9.
21. Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1999;20(4):216-25.

22. Stuge B, Laerum E, Kirkesola G, Vøllestad N. The efficacy of a treatment program using on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: arandomized controlled trial. *Spine*. 2004;29(4):351-9.
23. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, Malt UF. Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-termMensendiecksomatocognitive therapy: results of a 1-year follow-up study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008.
24. Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1:277-99.
25. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca Ed. Barcelona, España; 1986.
26. Piñera Sofía, González U, Bayarre H. Construcción de un cuestionario de autovaloración de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Trabajo de Terminación de Maestría en psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 1995
27. Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2011;27(4):543-57
28. Vasallo VJ, Arjona S, Fernández Y, Rondón J, Quevedo L. Dolor pélvico crónico en la mujer. *Rev Cubana Anesthesiol Reanimac*. 2014;13(1):4,10.
29. Thomsen T, Jaszczak P, Nordling J. Female chronic pelvic pain is highly prevalent in Denmark. A cross-sectional population-based study with randomly selected participants. *Scandinav J Pain*. 2014;5:93-101.
30. García H, Harlow D, Christine A. Pelvic pain and associated characteristics among women in Northern Mexico. *Internat Perspect Sex Reprod Health*. 2010;36:10.
31. Sexual Health & Menopause.Causes of sexual problems pain in the vulva or pelvis. (Consultado en Abril 2016). Disponible en: <http://www.menopause.org/for-women/sexual-health-menopause-online/causes-of-sexual-problems/pain-in-the-vulva-or-pelvis>
32. Plata E, Castillo E, Guevara UM. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Rev Mex Anesthesiol*. 2004;27:16-23.
33. Covarrubias A, Guevara U, Lara A, Tamayo AC, Salinas J, Torres R, Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(5):467-72.
34. Rosseland LA, Stubhaug A. Gender is a confounding factor in pain trials: women report more pain than men after arthroscopic surgery. *Pain*. 2004;112:248-53.
35. Gaumond I, Arsenault P, Marchand S. The role of sex hormones on formalin-induced nociceptive responses. *Brain Res*. 2002;958:139-45.
36. Martínez R, Martínez JC, Rodríguez EM, García JA, Díaz D, Abreu Y, Fisioterapia en el dolor pélvico crónico. *Invest Medicoquir*. 2012;4(1):20-30.

37. Braun K. Chronic pelvic pain. *Health J.* 2014;1:14-6.
38. Pagano de Oliveira G, do Nascimento AL, Michelazzo D, Filardi F, Gondim M. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirao Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics.* 2011;66(8):1307-12.
39. Casal MC, Martínez JC. Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción del suelo pélvico. Propuesta de intervención. *Invest Medquir.* 2010;2(2):30-3.
40. Rodríguez EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Rev Invest Medicoquir.* 2012;4(1):107-21
41. Jane EK, Wylie KR. Quality of sexual life and menopause. *Women's health.* 2009;5:385-96.
42. Cloninger CR, Srakic DM, Pryzbeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch General Psychiatry.* 1993;50:975-90.
43. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2005;12:8-16.
44. Riquelme A, Buendía J, Rodríguez MC. Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. Departamento de Metodología y Análisis del Comportamiento. Universidad de Murcia. *Psicothema*; 1993.
45. Ramirez C, López AE, Esteve R. Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *J Behav Medic.* 2004;27:147-65.

Recibido: 30 octubre 2016

Aceptado: 2 enero 2017

MSc. Lic. Adianez Ros Montenegro. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana. Cuba. Email: adianezrm@infomed.sld.cu